

**Tilburg University**

**Concurrentie op de thuiszorgmarkt in Nederland: onderzoek van TILEC voor ACTIZ**  
van Damme, Eric

*Publication date:*  
2009

*Document Version*  
Early version, also known as pre-print

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*  
van Damme, E. (2009). *Concurrentie op de thuiszorgmarkt in Nederland: onderzoek van TILEC voor ACTIZ: deel 1: De richtsnoeren voor de zorgsector: een economisch perspectief*.

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**CONCURRENTIE OP DE THUISZORGMARKT IN NEDERLAND:  
ONDERZOEK VAN TILEC VOOR ACTIZ**

**DEEL 1:  
DE RICHTSNOEREN VOOR DE ZORGSECTOR:  
EEN ECONOMISCH PERSPECTIEF\***

Eric van Damme\*

December 2009

TILEC (Tilburg Law and Economics Center)  
Tilburg University  
PO Box 90153  
5000 LE Tilburg  
The Netherlands

---

\* Onderzoek in opdracht van ActiZ, de organisatie van zorgondernemers; zie <http://www.actiz.nl/>

\* Prof.dr. E.E.C. van Damme, Tilburg University, CentER for Economic Research en Tilburg Law and Economics Center (TILEC), Postbus 90153, 5000 LE Tilburg. Tel +31-13-4663045, Fax +31-13-4663066, e-mail: [Eric.vanDamme@uvt.nl](mailto:Eric.vanDamme@uvt.nl), <http://center.uvt.nl/staff/vdamme/>

## INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding .....	3
2. De economische basis van het mededingingsbeleid en vormen van marktfalen .....	5
3. De zorgsector is bijzonder: diverse vormen van marktfalen spelen een rol .....	7
4. Gevolgen voor het beleid in de zorgsector .....	11
5. De Richtsnoeren voor de Zorgsector: Perspectief, Methode en Alternatief .....	15
6. Conclusie .....	21

# **DE RICHTSNOEREN VOOR DE ZORGSECTOR: EEN ECONOMISCH PERSPECTIEF**

Eric van Damme

TILEC

Universiteit van Tilburg

December 2009

## **1. Inleiding**

Afgelopen zomer nodigde de NMa belanghebbenden uit om commentaar te leveren op de huidige Richtsnoeren voor de zorgsector. Doel was deze Richtsnoeren verder te verduidelijken, bijvoorbeeld door het toevoegen van voorbeelden die direct aansluiten bij de dagelijkse praktijk. De NMa stelde ook dat de mededingingsrechtelijke inhoud van de Richtsnoeren zelf niet ter discussie werd gesteld; het beoordelingskader van de NMa moest als gegeven worden beschouwd.

In het onderstaande betoog ik dat dit eigenlijk wel zou moeten, en dat een fundamentele discussie op zijn plaats is. Ik geef daarvoor twee, gerelateerde, argumenten:

- (i) De Richtsnoeren houden onvoldoende rekening met de specifieke eigenschappen van de zorgsector (de diverse vormen van marktfalen die daarin spelen), en in het bijzonder met het feit dat samenwerking tussen zorgaanbieders niet *a priori* verdacht is, maar een mogelijke reactie op marktonvolkomenheden, ingegeven door concurrentieprikkels en de noodzaak en wens optimaal in te spelen op de behoeften van de cliënt;
- (ii) De Richtsnoeren worden afgeleid uit algemene Europese Richtsnoeren; deze methode om uit algemene Richtsnoeren sectorspecifieke af te leiden is echter niet geschikt, omdat zij leidt tot Richtsnoeren die niet op de sector zijn toegesneden.

Anders geformuleerd: de Richtsnoeren zijn economisch niet goed (of op zijn minst onvoldoende) onderbouwd. Ze voldoen daarmee niet aan de mededingingsrechtelijke eis

dat rekening moet worden gehouden met de juridische en economische context waarin de betrokken ondernemingen opereren.<sup>1</sup>

Als gevolg van deze twee aspecten (betreffende het perspectief en de methode van de NMa) scheppen de Richtsnoeren voor de zorg onvoldoende duidelijkheid over welke vormen van samenwerking op de zorgverleningsmarkt<sup>2</sup> mededingingsrechtelijk onproblematisch zijn, en dus toegestaan. Verwacht mag worden dat deze onzekerheid zorgaanbieders ervan weerhoudt af te zien van samenwerkingsvormen die in het belang van de cliënt/burger zijn. Daarmee staan de Richtsnoeren niet alleen in de weg voor het beleid van het ministerie van VWS dat dergelijke samenwerking juist wil stimuleren, maar ook aan het uiteindelijke belang – het welzijn van de cliënt/patiënt – dat de mededingingswetgeving in de zorgsector beoogt te borgen. In het belang van de cliënt is daarom een fundamentele herziening van de Richtsnoeren, gebaseerd op economische analyse, aan de hand van *first principles*, gewenst.

In het onderstaande werk ik deze argumenten verder uit. §1 beziet de rol van het mededingingsbeleid binnen een algemeen welvaartseconomisch kader. §2 beargumenteert dat de zorgsector bijzonder is vanwege het groot aantal vormen van marktfalen dat daarin relevant is. §3 bespreekt welke gevolgen de inzichten uit §2 hebben voor het beleid op de zorgverleningsmarkt, waarbij we focussen op nut en noodzaak van samenwerking op deze markt. §4 bespreekt het perspectief dat in de Richtsnoeren gehanteerd wordt, evenals de daarin gebruikte methode. §5 concludeert.

---

<sup>1</sup> CBb in de Secon zaak, december 2005; Zie LJN: AU8309, AWB 04/237 en 04/249, 7 december 2005. In dit kader is ook relevant de uitspraak van het CBb in de Modint zaak (LJN: AU5316), 28 oktober 2005, alsmede de uitspraak van het CBb in de zaak LJN: BF8820, AWB 06/667 (NIP, NVVP en LVE), 6 oktober 2008.

<sup>2</sup> In de zorgsector kunnen drie “globale” markten onderscheiden worden: de zorgverzekeringsmarkt (waarop *consumenten* met zorgverzekeraars contracteren), de zorginkoopmarkt (waarop zorgverzekeraars en zorgverleners actief zijn) en de zorgverleningsmarkt, waarop zorgverleners aan de behoeften van *patiënten/ cliënten* voldoen); in deze bijdrage ligt de nadruk op deze derde markt.

## **2. De economische basis van het mededingingsbeleid en vormen van marktfalen**

De mededingingswetgeving is gebaseerd op het economisch idee dat concurrentie goed is, en dat onbelemmerde concurrentie de welvaart en het consumentensurplus maximaliseert. Concurrentie wordt in het algemeen geassocieerd met drie positieve effecten (kostenverlaging, betere aansluiting tussen vraag en aanbod, en meer innovatie), die ook empirisch goed gedocumenteerd zijn.<sup>3</sup> Het intellectuele fundament voor dit idee wordt gevormd door de Eerste Hoofdstelling van de Welvaartseconomie die stelt dat, onder bepaalde voorwaarden, onbelemmerde concurrentie tot een Pareto-optimale uitkomst leidt. Pareto optimaliteit betekent dat geen hoger surplus te realiseren valt; het is alleen mogelijk het individuele welzijn van iemand te verhogen door iemand anders erop achteruit te laten gaan. Deze Hoofdstelling werd in de jaren '50 van de vorige eeuw bewezen door de (latere) Nobelprijswinnaars Arrow en Debreu. Zij kan gezien worden als formalisering van het idee van de *invisible hand* van Adam Smith.

Onder de voorwaarden waaronder de Hoofdstelling geldig is, is er een belangrijke rol voor het mededingingsbeleid weggelegd: als concurrentie goed is, verdient de concurrentie het beschermd te worden. Dit is precies wat de mededingingswetgeving beoogt. Het doel van de wet, en de taak van de mededingingsautoriteit, is te voorkomen dat marktmacht ontstaat (bijvoorbeeld door fusie, kartelvorming, of marktuitsluiting), of dat reeds bestaande marktmacht, ten koste van de consument, uitgebuit wordt (misbruik van machtspositie). In economisch jargon is marktmacht een vorm van marktfalen, die een goed functioneren van de markt belemmert. De mededingingsautoriteit is ingesteld om deze vorm van marktfalen te mitigeren.

Concurrentie is echter niet altijd goed of wenselijk. Zelfs als concurrentie wel goed is, werkt deze lang niet altijd perfect. De Eerste Hoofdstelling van de Welvaartseconomie geldt slechts onder bepaalde (preciezer: een groot aantal) voorwaarden. Als niet aan deze voorwaarden voldaan is, komt concurrentie niet van de grond, of kan concurrentie

---

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld Europese Commissie: "The economic costs of non-Lisbon", European Economy, Occasional papers, Nr. 16, 2005.

averechts werken, dan wel geen efficiënte uitkomsten opleveren.<sup>4</sup> In economisch jargon: er zijn diverse vormen van marktfalen die aan een goed werkende markt (dat wil zeggen een markt die sociaal wenselijke – Pareto-efficiënte - uitkomsten produceert) in de weg kunnen staan. Marktmacht is slechts een van de vele mogelijke vormen van marktfalen. Indien andere vormen spelen, zal de mededingingsautoriteit daar bij haar handelen rekening mee moeten houden.

Er is geen standaardlijstje van vormen van marktfalen, maar de meeste economen zullen het eens zijn dat de volgende aspecten tot Pareto-inefficiënte marktuitskomsten kunnen leiden<sup>5</sup>:

- (i) Een ontoereikende institutionele structuur (eigendomsrechten en contractenrecht);
- (ii) Ontbrekende markten;
- (iii) Publieke goederen;
- (iv) Externe effecten;
- (v) Informatieasymmetrie;
- (vi) Begrensde consumentenrationaliteit; en
- (vii) Marktmacht.

In de volgende paragraaf laten we zien dat diverse van deze vormen van marktfalen in de zorgsector een belangrijke rol spelen. De zorgsector kan daarom niet als een normale markt worden gezien, en mededingingsbeleid behoort er daarom niet *business as usual* te zijn.

---

4 Dit wordt ook geconstateerd door Michael E. Porter en Elizabeth Olmsted Teisberg in hun boek “Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results”, Harvard Business School Publishing, 2006. Zij stellen: “the fundamental flaw in the health care sector is not competition, but the wrong kind of competition.” In de volgende paragraaf leg ik de relatie tussen dit werk en vormen van marktfalen.

<sup>5</sup> De diverse onderdelen op het lijstje zijn ten dele overlappend; zo kan het ontbreken van markten een gevolg zijn van het aanwezig zijn van publieke goederen, externe effecten, of informatieproblemen. Begrensde rationaliteit van de consument kan leiden tot suboptimale keuzes, hetgeen zich vervolgens kan vertalen in grotere marktmacht voor aanbieders.

### **3. De zorgsector is bijzonder: diverse vormen van marktfalen spelen een rol**

Zoals boven gezien is de naam van Ken Arrow verbonden aan de formalisering van de *invisible hand* van Adam Smith. Opvallend is dat diezelfde Ken Arrow, in een inmiddels klassiek artikel<sup>6</sup>, ook uiteengezet heeft waarom juist in de zorgsector een vrije markt niet kan werken: er zijn simpelweg te veel vormen van marktfalen. Specifiek zijn er, naast marktmacht, vier vormen van marktfalen, die in de zorgsector van bijzonder belang zijn.

#### **Ontbrekende markten**

De Eerste Hoofdstelling vereist dat producten goed gedefinieerd zijn en dat alle relevante producten op markten verhandeld kunnen worden. Aan beide aannames is in de zorgsector niet voldaan.

Ten eerste moet, op de markt voor zorgverlening, de fundamentele vraag “wat is een product?” gesteld worden. Bezien vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt is het product iets anders dan een dienst geleverd door een individuele zorgaanbieder, pas als deze diensten op de juiste manier gecombineerd worden, ontstaat een (waardevol) product.

Ten tweede zijn er geen markten waarop bundels van diensten verhandeld worden. Bundels komen alleen tot stand na onderhandeling door aanbieders; samenwerking tussen aanbieders (in ieder geval verticale) is dus natuurlijk: de cliënt vraagt daarom. Anderzijds moet er nog een hele slag gemaakt worden alvorens we van “fee for service” overgestapt zijn op functionele bekostiging en “pay for performance”.

---

<sup>6</sup> Arrow, K.J., 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 53, (5): 941-973. In dit artikel focust Arrow vooral op “non-marketability” (het ontbreken van markten) als vorm van marktfalen, en dit vooral in relatie tot het dragen van risico’s. Zie ook E. Schut en F. Rutten: “Economie van de gezondheidszorg”, 3<sup>e</sup> druk, 2008, Elsevier, i.h.b. hoofdstuk 1 en hoofdstuk 8. In dit leerboek ligt de nadruk op informatieproblemen als oorzaak voor marktfalen.



Meer algemeen is er zeker geen volledig stelsel van markten. Afnemers kunnen bijvoorbeeld niet contracteren voor zorg op een bepaald moment in de toekomst. Patiënten/cliënten contracteren sowieso niet direct met zorgaanbieders, maar met zorgverzekeraars. Degene die de zorg afneemt is niet dezelfde als diegene die de zorg betaalt. De kapitaalmarkt is, op de zorgverleningsmarkt, voor een groot gedeelte buitengesloten. In een recent artikel<sup>7</sup> betogen twee medewerkers, en een economisch raadsadviseur, van de NMa dat het ontbreken van markten het bereiken van Pareto verbeteringen in de weg staat.

De manier waarop geconcentreerd wordt, en de daaruit resulterende uitkomsten, worden in belangrijke mate bepaald door de ordening en de structuur van de markt. Anders geformuleerd, het marktgedrag en de marktuitskomsten worden beïnvloedt door welke markten wel en welke niet bestaan. De stelling van Porter en Olmsted Teisberg dat er sprake is van “the wrong kind of competition”<sup>8</sup>, kan dus gerelateerd worden aan het feit dat bepaalde markten ontbreken. Als concurrentie van de verkeerde vorm is, kan intenser concurrentie tot slechtere uitkomsten leiden. Een goede marktordening is daarom van groot belang, en de vraag naar de adequate invulling van het mededingingsbeleid kan niet los gezien worden van de “constellatie” van het marktstelsel.

### **Externe effecten**

Economen spreken van externe effecten (ook wel externaliteiten genoemd) wanneer het handelen van de ene partij direct<sup>9</sup> het nut of de mogelijkheden van een ander beïnvloedt. Iets anders geformuleerd: er is sprake van een externaliteit als een tussen twee partijen gesloten contract gevolgen heeft voor het welzijn of de winst van een derde. Een voorbeeld van een negatieve externaliteit is milieuvervuiling. Anderzijds, als iemand zijn voortuin goed onderhoudt, is sprake van positieve externaliteiten voor de buurt. In het geval van positieve externaliteiten (de tweede partij profiteert wanneer de eerste iets méér

---

<sup>7</sup> Maarten Janssen, Krijn Schep en Jarig van Sinderen: “Over het Borgen van Publieke Belangen in de Zorg: De rol van Markten en Toezicht”, in Eric van Damme en Maarten Pieter Schinkel (red.) “Preadviezen KVS, 2009”, te raadplegen op [http://www.kvsweb.nl/nl/webmanager/userfiles/Preadviezen%202009\(2\).pdf](http://www.kvsweb.nl/nl/webmanager/userfiles/Preadviezen%202009(2).pdf)

<sup>8</sup> *Supra*, noot 4

<sup>9</sup> “Direct” staat hier in contrast met “via marktinteractie”.

doet), leidt een vrije markt tot onderinvesteringen; bij negatieve externaliteiten geldt het omgekeerde.

In de zorgsector zijn (positieve) externaliteiten van groot belang, maar de gevolgen hiervan voor het te voeren beleid lijken tot nu toe nog onvoldoende gerealiseerd te zijn. Toch is het idee simpelweg dat als, op de zorgverleningsmarkt, de ene zorgaanbieder zijn werk beter doet, alle andere in de zorgketen daarvan profiteren. Je werk beter doen gaat echter over het algemeen gepaard met kosten. Bij positieve externaliteiten draagt de ene partij, A, de kosten, maar komen de baten bij een ander terecht. Dit argument laat zien dat een volledig vrije zorgverleningsmarkt vermoedelijk niet tot efficiënte uitkomsten leidt; A kan zich in zo'n markt immers geen kosten veroorloven waar geen baten tegenover staan.

In §3 wordt dit argument verder uitgewerkt voor de zorgverleningsmarkt. Hier merk ik op dat het ook op de zorgverzekeringsmarkt speelt. Bijvoorbeeld: als consumenten eenvoudig kunnen switchen van de ene verzekeraar naar de andere, dan ondervindt elke zorgverzekerder minder prikkels om te investeren in preventie. Immers preventie zal voor verzekeraar A normaal gesproken met directe kosten gepaard gaan, terwijl de baten in de toekomst liggen. Als de cliënt eenvoudig kan switchen, kan een andere verzekeraar B meeliften; bij een switch van A naar B heeft A wel de kosten, maar niet de baten. Omdat A zich bij volkomen marktwerking geen kosten kan veroorloven waar geen baten tegenover staan, volgt dat ook een volledig vrije zorgverleningsmarkt vermoedelijk niet tot efficiënte uitkomsten leidt.

Ook deze vorm van marktfalen kan gerelateerd worden aan argumenten uit het boek van Porter en Olmsted Teisberg.<sup>10</sup> Zij stellen: “Competition is too narrow because it now takes place at the level of discrete interventions or services. It should take place for addressing medical conditions over the full cycle of care, including monitoring and prevention, diagnosis, treatment, and the ongoing management of the condition.” Externe

---

<sup>10</sup> Zie hierover ook Randall D. Cebul, James B. Rebitzer, Lowell J. Taylor, en Mark E. Votruba: “Organizational Fragmentation and Care Quality in the U.S. Healthcare System”, *Journal of Economic Perspectives* 22(4), 2008, 93–113

effecten impliceren dat “gefragmenteerde” concurrentie niet tot een efficiënte uitkomst leidt.

### **Informatiescheefheid**

Informatieasymmetrie speelt in de zorgsector, op elk van drie onderscheiden globale markten, een belangrijke rol. De medicus is beter in staat een diagnose te stellen dan de patiënt/cliënt. Een consument is beter op de hoogte van zijn algemene gezondheidstoestand dan de verzekeringsmaatschappij. Op de zorginkoopmarkt zijn medici beter geïnformeerd over de kwaliteit dan de verzekeraars. In alle gevallen zijn er risico's van averechtse selectie. Zorgverlening is een geloofsgoed, de patiënt/cliënt kan niet volledig beoordelen of wat de medicus zegt of doet goed voor hem is. Ook op de zorgverzekeringsmarkt speelt *moral hazard*; de verzekeraar kan niet direct beoordelen of de verzekerde wel doet wat afgesproken is, of (impliciet) in het contract opgenomen.

### **Begrensd consumentenrationaliteit**

Begrensd consumentenrationaliteit heeft betrekking op het feit dat consumenten niet altijd in staat, of gemotiveerd, zijn om datgene te doen wat goed voor hen is. Als er nuttige informatie over het zorgaanbod beschikbaar is, dan wordt die niet altijd door de consument gebruikt. We weten ons niet altijd te beheersen, en eten ongezond, zeker als de negatieve effecten daarvan zich pas in de toekomst openbaren. Algemener geldt dat we moeite hebben de juiste beslissingen te nemen in situaties met onzekerheid, en zeker als de baten van verstandige beslissingen vooral in de (verre) toekomst liggen, maar de kosten onmiddellijk zichtbaar zijn. Als gevolg hiervan investeren we te weinig in preventie, met uiteindelijk ook te hoge kosten, zowel voor de maatschappij als voor onszelf als gevolg.

Concluderend kunnen we stellen dat naast marktmacht, minstens vier andere vormen van marktfalen in de zorgsector een belangrijke rol spelen. De beleidsconsequenties hiervan lijken, vooral de eerste twee vormen, niet altijd voldoende gerealiseerd te zijn.

#### **4. Gevolgen voor het beleid in de zorgsector**

De voorgaande paragraaf heeft laten zien dat niet verwacht kan worden dat vrije marktwerking tot de gewenste uitkomsten leidt. Nu is ook duidelijk dat we daarvoor niet gekozen hebben. Bij de vormgeving van ons zorgstelsel is wel degelijk met marktfalen rekening gehouden.<sup>11</sup> De beoogde eindtoestand is niet ongebreidelde marktwerking, maar gereguleerde.<sup>12</sup> Het ministerie van VWS is bovendien voorzichtig met het verder liberaliseren van zorgmarkten. In de brief “Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning” die deze zomer naar de kamer werd gestuurd, maken de bewindslieden van VWS nogmaals duidelijk dat zij verantwoordelijk zijn voor de institutionele structuur van de markt en voor het goed functioneren daarvan. Om betere marktwerking mogelijk te maken, wordt deze institutionele structuur (de ordening van de markt) geleidelijk aangepast: de markten zijn nog onvolledig, en de sector blijft voorlopig nog in transitie. Het beleid van VWS kan in dit opzicht als verstandig en consistent met de economische wetenschap worden bestempeld.

Gegeven de in §2 geïdentificeerde relevante vormen van marktfalen, kunnen, en moeten, op dit moment twee vervolgvragen gesteld worden:

- i) Hoe werken zorgmarkten?
- ii) Hoe moeten we deze markten ordenen en reguleren<sup>13</sup> om ze zo goed mogelijk te laten werken?

Het eerlijke antwoord daarop is dat we dat (nog) niet weten: onze empirische kennisbasis is te gering. Dat komt onder andere omdat slechts relatief weinig landen markten in de zorg kennen, en omdat in die gevallen, er meestal sprake is van nogal verschillende institutionele structuren, die ook heel anders zijn dan die bij ons. Bijgevolg kunnen we niet direct extrapoleren uit de ervaringen van andere landen. Onze eigen ervaringen zijn

---

<sup>11</sup> Zie ook de Memorie van Toelichting bij de WMG, Hoofdstuk 3 “Bijzonderheid zorgmarkten”, Tweede Kamer 2004-2005, 30186, nr. 3.

<sup>12</sup> Zie ook “Economie van de gezondheidszorg”, *supra* noot 6 voor verdere onderbouwing van deze bewering. Opmerkelijk is dat er in dit leerboek wel aandacht is voor externe effecten aan de vraagzijde (bijvoorbeeld burgers die onvoldoende voorzorgsmaatregelen nemen omdat ze wel rekening houden met mogelijke ziekte van zichzelf, maar niet met het besmettingsgevaar dat de voor anderen opleveren), maar niet voor externe effecten aan de aanbodzijde. Mijn betoog is dat, naast het onvolledig zijn van het stelsel van markten, juist deze externe effecten voor de mededingingsbeoordeling relevant zijn.

<sup>13</sup> Regulering moet hier ruim geïnterpreteerd worden, inclusief de vormgeving van het mededingingsbeleid.

relevanter, maar deze zijn recent: Nederlandse markten zijn nog in transitie, en de stationaire toestand is zeker nog niet bereikt. Er is nog zeer veel te doen. Goede marktwerking vereist bijvoorbeeld niet alleen dat de consument/cliënt kan kiezen, maar ook dat informatie van goede kwaliteit beschikbaar is, zodat de juiste keuzes gemaakt kunnen worden. VWS heeft op verschillende terreinen het initiatief genomen om de kwaliteit van de informatie te verbeteren, maar er is nog meer nodig. Bovendien is van belang dat de consument/patiënt/cliënt slechts begrensd rationeel is. De antwoorden hangen dus samen met de vormen van marktfalen.

Natuurlijk is wel iets te zeggen, maar dan op basis van theoretische overwegingen. In dit kader vraag ik vooral aandacht voor de in §2 genoemde externe effecten, in combinatie met het nog onvolledige, en in ontwikkeling zijnde, stelsel van markten. In zijn belangrijke artikelen over “social cost” wees Nobelprijswinnaar Ronald Coase<sup>14</sup> op de transactiekosten<sup>15</sup> die met de markt verbonden zijn, en op (verticale) integratie als alternatief voor de markt. Als externaliteiten belangrijk zijn, en de transactiekosten verbonden aan de markt hoog, kan verticale integratie of samenwerking tussen aanbieders het geprefereerde alternatief worden.

Op de zorgverleningsmarkt, waar ik me in het navolgende toe zal beperken, volgt (bezien vanuit het perspectief van de vraagzijde) de noodzaak van samenwerking aan de aanbodzijde uit het feit dat het zorgaanbod op dit moment gefragmenteerd is. Er zijn vele specialismen (multidisciplinariteit), maar de patiënt/cliënt heeft behoefte aan geïntegreerde behandeling. De fragmentatie heeft met velerlei aspecten te maken. Een belangrijk aspect hierbij is het huidige bekostigingsmechanisme in de zorg: *fee for service*. Een aanbieder wordt betaald per behandeling, niet op basis van welke bijdrage deze behandeling levert aan het welzijn van de patiënt/cliënt. Er is nog geen sprake van functionele, geïntegreerde prestatiebekostiging. Ook het feit dat zorgproducten niet “gestandaardiseerd” zijn speelt een rol; markten vereisen een bepaalde mate van standaardisatie. De zorgsector is in transitie, de markten zijn nog in ontwikkeling. Dit

---

<sup>14</sup> Zie R.H. Coase: “The Firm, the Market, and the Law”, Chicago University Press, 1988.

<sup>15</sup> Hoe minder ontwikkeld de markt is, hoe groter de transactiekosten.

alles impliceert dat het stelsel van markten in de zorg onvolledig is. Transacties die anders via de markt zouden kunnen worden vormgegeven, moeten nu op andere manier geëffectueerd worden.

Coase argumenteert dat, waar ruil niet via de markt mogelijk is, samenwerking (of een verdergaande vorm van integratie) tot stand komt. Samenwerking is dan geen middel om concurrentie op de markt omzeilen, maar om de marktonvolkomenheid te compenseren. Zonder samenwerking resteert fragmentatie, met als gevolg dat de kosten te hoog zijn, terwijl tegelijkertijd de toegevoegde waarde te gering is.

Indien aanbieders samenwerken, kan een beter, geïntegreerd aanbod gerealiseerd worden. De samenwerking kan echter veelal niet geheel vrijblijvend zijn. Afspraken moeten geformaliseerd worden, omdat anders individueel optimaal (opportunistisch) gedrag ertoe leidt dat individuele aanbieders van de afspraak zullen afwijken. Er is sprake van een *prisoners' dilemma*; zonder formele afspraken resulteert, als iedere aanbieder het eigen belang nastreeft, een collectief onwenselijke (niet Pareto-optimale) uitkomst. Om betere uitkomsten te realiseren, zijn afspraken tussen de aanbieders onontbeerlijk.

Multidisciplinaire samenwerkingsbanden bij het zorgaanbod, ketens zowel als netwerken, zijn veelal gericht op het soepeler laten verlopen van de doorstroom van patiënten/cliënten van de ene zorgverlener naar de andere, of op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Zorginhoudelijke afspraken betreffen bijvoorbeeld het behandeltraject van een cliënt/patiënt. De betrokken aanbieders werken via een gezamenlijk behandelplan. Het handelen van alle betrokken zorgverleners moet dus gebaseerd zijn op dit plan en is automatisch via dit plan gecoördineerd. Dit vereist het delen van informatie, en kan overleg met betrekking tot het afstemmen van de behandeling noodzakelijk maken. Dit geldt zeker als het behandelplan in de loop van de tijd bijgesteld moet worden. Verder is belangrijk dat de belangen van de patiënt/cliënt en de belangen van de zorgverleners niet altijd parallel lopen. Ook de belangen van de zorgverleners onderling liggen niet altijd in elkaars verlengde. Om coördinatieproblemen te voorkomen, kan het daarom noodzakelijk zijn formele afspraken te maken. Afspraken

(zoals delen van informatie, overleg en maken van formele afspraken over behandeling) ontstaan dus op natuurlijke wijze: afstemming op de behoeften van de patiënt/cliënt vereist onderlinge afstemming. Zonder deze afstemming is het niet mogelijk goede zorg te leveren.

Een rode draad die door de kamerbrief van de bewindslieden van VWS van juli jl. loopt, is inderdaad dat samenwerking gewenst is en aangemoedigd moet worden. Het ministerie van VWS benadrukt algemener het belang van samenwerking ten gunste van de patiënt/cliënt. Het motto daar is “samenwerking, tenzij”, waarbij er wel oog is voor mogelijk negatieve effecten, maar die zouden dan via verbeterde transparantie en versterkt intern en extern toezicht vermeden moeten worden. Ook patiënt/cliëntenorganisaties bepleiten samenwerking; zie bijvoorbeeld de Leidraad Ketenzorg Dementie<sup>16</sup>, waarin een dringend pleidooi gehouden wordt om te komen tot een integraal aanbod van zorg en ondersteuning, dat afgestemd is op de problemen van de cliënt en diens naasten.

De bovenstaande overwegingen hebben directe gevolgen voor de manier waarop samenwerkingsvormen in de zorg beoordeeld zouden moeten worden:

- (i) Zorgmarkten zijn (vooralsnog) onvolledig, en daarom kunnen de sociaal gewenste uitkomsten niet, of niet altijd, via de markt bereikt worden. Samenwerking is een substituut voor de markt. Bij een onvolledig stelstel van markten kan meer samenwerking tussen partijen verwacht worden, en moet vermoedelijk dus ook meer samenwerking tussen partijen worden toegestaan.
- (ii) Op de zorgverleningsmarkt is ook sprake van positieve externaliteiten tussen zorgaanbieders. Dit impliceert dat sociaal wenselijke (efficiënte) uitkomsten niet via de markt tot stand kunnen worden gebracht, maar alleen via expliciete samenwerking. Hierbij geldt bovendien dat formele afspraken in het algemeen nodig zijn om meeliftergedrag te voorkomen, en de baten van samenwerking voor de patiënt/cliënt zeker te stellen.

---

<sup>16</sup> “Leidraad Ketenzorg Dementie: een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementia”, versie mei 2009 (uitgebracht door VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, en Actiz.)

- (iii) Geven de (vooralsnog) beperkte empirische kennis over hoe onze zorgmarkten werken, weten we ook niet wat het effect is van samenwerking tussen aanbieders op de cliëntenwelvaart. Zonder feitelijke en economische analyse is het onmogelijk een betrouwbare inschatting te maken of een samenwerkingsvorm positief dan wel negatief uitpakt; dit betekent dat er weinig ruimte is voor “strekingsbetogen”, dat wil zeggen argumenten van het type “deze afspraak sterkt ertoe de mededinging te beperken en is daarom verboden”.

De conclusie uit het bovenstaande is dat de zorgsector in voldoende mate bijzonder is om afzonderlijk economisch onderzocht te worden. Sinds de herstructurering van de markt in 2006 zijn diverse onderzoeken gedaan, maar deze onderzoeken hebben hun weg nog niet gevonden naar de Richtsnoeren, zoals ik in de volgende paragraaf zal laten zien. Het is wenselijk dat de tot nu toe verworven inzichten, de theoretische zowel als de empirische, wel in de Richtsnoeren verwerkt worden. Daarom is een fundamentele herziening op zijn plaats.

## **5. De Richtsnoeren voor de Zorgsector: Perspectief, Methode en Alternatief**

Hoewel de NMa in de Richtsnoeren aangeeft dat samenwerking tussen zorgaanbieders vaak niet verboden zal zijn (zie bijvoorbeeld randnummer 4), is het perspectief van de NMa dat de zorgmarkten (zowel die voor zorgverlening, zorginkoop als zorgverzekering) markten zijn als alle andere: het woord marktfalen komt in de Richtsnoeren niet één keer voor. Het perspectief is dat concurrentie goed is en samenwerking tussen aanbieders verdacht. Waar VWS het belang van samenwerking ten gunste van de patiënt/cliënt benadrukt, ziet de NMa toch vooral de potentiële nadelen van samenwerking voor de concurrentie. Mijn verklaring voor deze discrepantie is dat VWS wel oog heeft voor externe effecten en ontbrekende markten, maar de NMa niet, of in ieder geval veel minder. Hoe men het ook wendt of keert, de insteek in de Kamerbrief van juli 2009 (samenwerking, tenzij) is duidelijk anders dan de aanpak (volgens het motto: verboden, tenzij) die in de Richtsnoeren van de NMa gevolgd wordt.



Dit verschil in uitgangspunt blijkt al uit randnummer 4 van de Richtsnoeren. Het primaire argument dat de NMa daar geeft - waarom afspraken niet in strijd zouden kunnen zijn met de mededingingsregels - is dat de afspraken de mededinging niet (merkbaar) beïnvloeden, bijvoorbeeld omdat de bij de afspraak betrokken partijen te klein zijn om de marktuitskomst te beïnvloeden. Het argument is niet dat deze afspraken voordelen kunnen opleveren voor de consumenten en dat deze voordelen zwaarder zouden kunnen wegen dan de eventuele nadelen voor de concurrentie. De NMa stelt, met andere woorden, de concurrentie centraal, en zet de patiënt/cliënt op de tweede plaats. Deze prioriteitsvolgorde is tegengesteld aan die van VWS. Voor VWS staat de patiënt/cliënt centraal en is marktwerking een middel om de belangen van de patiënt/cliënt optimaal te behartigen. De vraag is of de Mededingingswetgeving de NMa dwingt om deze prioriteitsvolgorde te hanteren. Naar mijn mening is dit niet het geval.

Het is zeker niet zo dat de NMa geen oog heeft voor het feit dat afspraken tussen ondernemingen voordelen kunnen opleveren voor de consumenten, en dat deze voordelen groter kunnen zijn dan de nadelen voor de concurrentie. Of dat het geval is, moet primair op basis van rechtstreekse toepassing van artikel 6, derde lid Mw worden vastgesteld. Daarvoor moet dan echter wel ruimte geboden worden; de deur naar dat artikel van de Mededingingswet moet niet prematuur gesloten worden. Concreet betekent dit dat de beoordeling of een samenwerkingsafpraak mededingingsbeperkend is (artikel 6, lid 1 Mw) aan de hand van de economische *effecten* van die afspraak moet plaatsvinden: de NMa zou terughoudend moeten zijn met het argumenteren dat een afspraak verboden is omdat deze ertoe strekt dat de mededinging wordt beperkt.

Zoals al in §3 betoogd werd, is er vanuit economisch perspectief ook alle reden voor een dergelijke terughoudendheid. Ten eerste is in de zorgsector het standaardargument dat bij “doelbeperkingen” gehanteerd wordt - dat economische effectanalyse niet nodig is bij afspraken die ertoe strekken de mededinging te beperken, omdat we toch al weten (met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid) dat deze afspraken negatief uitwerken - niet

geldig. Bij recent geliberaliseerde zorgmarkten weten we dat juist niet<sup>17</sup> en dus lijkt een economische effectanalyse op zijn plaats. Ten tweede kunnen we in de zorgsector bij een afspraak die de mededinging beperkt niet snel concluderen dat deze als doel heeft de mededinging te beperken. Gegeven marktfalen (i.h.b. het onvolledig stelsel van markten en positieve externe effecten) kan het doel van de afspraak juist zijn de patiënt/cliënt optimaal te dienen. Hierbij geldt bovendien dat concurrentie aanbieders juist dwingt die patiënt/cliënt centraal te stellen. De conclusie is dat in de zorgsector bij de beoordeling van artikel 6, lid 1 Mw vrijwel altijd een economische effectenanalyse gedaan zou moeten worden. Concreet betekent dit dat een vergelijking gemaakt moet worden tussen de marktsituatie met en de marktsituatie zonder een bepaalde afspraak/gedraging.

Nadat een dergelijke analyse heeft plaats gevonden en er is vastgesteld dat er sprake is van merkbare nadelige effecten, is er onder artikel 6, lid 3 Mw ruimte voor een afweging tussen de voor- en nadelen van concurrentie. Hierbij heeft economische analyse een belangrijke rol te spelen. Hoewel deze analyse in de Richtsnoeren aan de orde komt (en wel in § 3.3.5), komt zij, opnieuw, niet op de eerste plaats. De weg die de NMa bewandelt is niet een economische; de NMa volgt een meer juridische route, zij wijkt in eerste instantie uit naar bestaande Europese groepsvrijstellingen en Richtsnoeren van de Europese Commissie. In dit kader worden in randnummer 6 drie door de Commissie opgestelde Richtsnoeren genoemd: die inzake verticale beperkingen<sup>18</sup>, die betreffende horizontale samenwerkingsovereenkomsten<sup>19</sup>, en die betreffende de toepasselijkheid van Art 81.3 EG<sup>20 21</sup>. Dit is niet de meest wenselijke route.

De Europese groepsvrijstellingen en Richtsnoeren waar de NMa naar verwijst zijn generiek: zij zijn geschreven om op alle, willekeurige, sectoren toegepast te kunnen worden. Per definitie houden ze dus geen rekening met de specifieke aspecten van de

---

<sup>17</sup> Zie in deze zin ook de uitspraak van het CBb in de zaak LJN: BF8820, AWB06/667 (NIP, NVVP en LVE), 6 oktober 2008.

<sup>18</sup> Richtsnoeren van de Europese Commissie inzake verticale beperkingen, Pb. C 291 van 13 oktober 2000, p. 1-44.

<sup>19</sup> Richtsnoeren van de Europese Commissie inzake de toepasselijkheid van artikel 81 van het EG-Verdrag op horizontale samenwerkingsovereenkomsten, Pb. C 3 van 6 januari 2001, p. 2-30.

<sup>20</sup> Richtsnoeren van de Europese Commissie betreffende de toepassing van artikel 81, derde lid, van het EG-Verdrag, Pb. C 101 van 27 april 2004, p. 97-118.

<sup>21</sup> Sinds 1 december 2009 is dit artikel 101(3) van het VWEU.

zorgmarkten. Dit kan nog sterker geformuleerd worden: omdat de zorgsector in de meeste lidstaten van de Europese Unie geen, of slechts zeer beperkte, marktwerking kent, heeft de Europese Commissie tot op heden nauwelijks bemoeienis gehad met de zorgsector. Er is slechts een heel beperkt aantal beschikkingen van de Commissie op het terrein van de zorg. De Commissie heeft relatief weinig ervaring met zorgmarkten; er kan dus niet verwacht worden dat inzichten die specifiek zijn voor zorgmarkten hun weg gevonden hebben naar deze Richtsnoeren van de Commissie. De boven genoemde Europese Richtsnoeren verwijzen overigens geen van alle naar specifieke aspecten van zorgmarkten.

Afgezien van het boven gestelde volgt uit het feit dat de Europese Beleidsregels beogen relevant te zijn voor alle sectoren, dat de daarin afgeleide “veilige havens”, dat wil zeggen de voorwaarden waaronder samenwerking als onproblematisch gezien wordt, over het algemeen te klein zullen zijn. Generieke beleidsregels moeten immers rekening houden met de *worst case*; ze moeten ook van toepassing zijn op die sectoren en situaties waarin samenwerking tussen aanbieders meestal slecht uitpakt voor de welvaart of de consument. Niet uit te sluiten is dat in specifieke sectoren grotere veilige havens geformuleerd kunnen worden. Zoals in §3 beargumenteerd, zou dit bijvoorbeeld in de zorgsector het geval kunnen zijn. Alleen gedetailleerde sectorspecifieke analyse kan dit echter uitwijzen.<sup>22</sup>

Het bovenstaande argument kan ook anders en bondig geformuleerd worden. De NMa Richtsnoeren voor de zorgsector kunnen geen derivaat zijn van Richtsnoeren van de Commissie. Om rekening te houden met de eigenheid van de zorgsector, moeten de NMa Richtsnoeren voor de Zorg direct afgeleid worden, op basis van *first principles*. Hiervoor is economische analyse onontbeerlijk. Deze economische analyse betreft zowel artikel 6

---

22 Opgemerkt kan ook nog worden dat Artikel 11 Mw stelt dat voor aanbieders die belast zijn met het beheer van diensten van algemeen economisch belang, artikel 6 Mw in afgezwakte vorm geldt. Ook dit biedt ruimte om met de bijzonder economische aspecten van de sector rekening te houden. Dit vereist wel een specifieke aanwijzing via wettelijk voorschrift of door een bestuursorgaan. Voor de economische effecten is natuurlijk niet relevant of zo’n aanwijzing wel of niet heeft plaats gevonden.

lid 1 Mw (heeft de afspraak effect?), als artikel 6 lid 3 Mw (vaststelling of de voordelen van samenwerking groter zijn dan de nadelen).

In de huidige Richtsnoeren wordt deze economische aanpak niet gevolgd. Wel gaat § 3.3.5 van de huidige Richtsnoeren in op de mogelijkheid van individuele uitzondering op het kartelverbod, op grond van artikel 6, derde lid Mw. Helaas is dit een heel erg korte paragraaf in de Richtsnoeren, die niet veel meer doet dan het opsommen van de cumulatieve criteria uit artikel 6 Mw, en het terugverwijzen naar de eerdergenoemde Richtsnoeren van de Commissie. Er is in deze paragraaf geen (economische) analyse. Wel stelt de NMa in § 3.3.5 dat mededingingsbeperkende overeenkomsten alleen toegestaan kunnen worden als ze een duidelijk, objectief, economisch voordeel bieden aan de economie en de consument, en dat de ondernemingen dit voordeel ook moeten kunnen bewijzen. Dat de bewijslast zo ligt volgt uit artikel 6, vierde lid Mw, en deze eis is zeker te rechtvaardigen voor sectoren waarin de marktwerking “volwassen” is. Zoals ik in §3 betoogd heb, is dit in de zorgsector niet het geval. Bovendien, als we weinig weten en weinig harde informatie hebben, kunnen we ook weinig echt bewijzen. De hier geformuleerde horde ligt derhalve voor de zorgsector erg hoog, en gezien het in §3 gestelde, vermoedelijk te hoog.

Voor de volledigheid merk ik op dat in hoofdstuk 4 van de Richtsnoeren van de NMa verschillende samenwerkingsvormen die in de zorg veel voorkomen in meer detail worden geanalyseerd.<sup>23</sup> Hoewel dit hoofdstuk wel een zekere mate van economische analyse bevat, moet toch gesteld worden dat ook hier het perspectief is dat de zorgsector een van vele is, en niet bijzonder. Veel van de genoemde argumenten zijn niet specifiek voor de zorg, maar worden ontleend aan de bovengenoemde generieke Richtlijnen van de Europese Commissie. Opnieuw is er het idee dat samenwerking *a priori* verdacht is. Zo wordt in het inleidende randnummer 123 gesteld:

---

<sup>23</sup> Een van de onderzoeken die TILEC in opdracht van Actiz heeft uitgevoerd betreft de economische beoordeling van zorgketens. Hierover is een apart onderzoeksrapport beschikbaar.

“In de praktijk kan een overeenkomst tussen ondernemingen elementen bevatten van zowel horizontale als verticale afstemming. Zo kan een diabetesketen bijvoorbeeld bestaan uit een samenwerking tussen diëtisten en huisartsen (verticaal), maar kan zo’n keten ook de samenwerking tussen huisartsen onderling (horizontaal) betreffen. In een dergelijk geval dienen éérst de horizontale aspecten van de overeenkomst getoetst te worden aan de mededingingswetgeving. Alleen in het geval een beoordeling gunstig uitvalt, dienen vervolgens de verticale aspecten beoordeeld te worden. Reden hiervoor is dat in het algemeen wordt aangenomen dat horizontale beperkingen schadelijker zijn voor de mededinging dan verticale beperkingen”.

Dit citaat maakt een aantal dingen duidelijk. Ten eerste hanteert de NMa als presumptie dat zowel verticale afspraken als horizontale schadelijk zijn. Zoals gesteld heeft met dit uitgangspunt de NMa onvoldoende oog voor de economische realiteit van de zorgverleningsmarkt. Ten tweede kent de NMa klaarblijkelijk aan schade aan de mededinging (artikel 6.1) een groter gewicht toe dan aan mogelijke baten voor de consument (artikel 6.3). Zoals boven besproken, hanteren de bewindslieden van VWS de omgekeerde volgorde: het welzijn van de patiënt/cliënt staat centraal; concurrentie is een middel om de patiënt/cliënt centraal te krijgen, maar dat middel is niet heilig.

De belangrijkste conclusie uit het bovenstaande is dat de NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector tekort schieten. Ten eerste kunnen we stellen dat de Richtsnoeren voor de zorg geen derivaat kunnen zijn van bestaande algemene Richtsnoeren. Deze bestaande Richtsnoeren specificeren weliswaar voorwaarden waaronder samenwerking toegestaan kan worden, maar deze voorwaarden kunnen slechts als ‘voldoende’ worden gekwalificeerd, ze zijn niet noodzakelijk. Omdat de Europese Richtsnoeren generiek zijn, zijn ze voor bepaalde sectoren, waaronder de zorg, te strikt: hierin kunnen ruimere voorwaarden waaronder samenwerking toegestaan is geformuleerd worden. Ten tweede is het, om de onzekerheid voor aanbieders te reduceren, ook gewenst dat die ruimere grenzen afgebakend worden, anders lopen we immers het risico dat de aanbieders ver van

de grens wegblijven en de noodzakelijke en gewenste welvaartswinst niet gerealiseerd wordt. Ten derde kan alleen sectorspecifieke analyse duidelijk maken waar de grens ligt tussen wat wel en wat niet toegestaan is. De Richtsnoeren bevatten dergelijke analyse niet, daarmee bieden ze onvoldoende *guidance* aan zorgaanbieders.

## **6. Conclusie**

In de kamerbrief “Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning” die de bewindslieden van VWS deze zomer naar de Kamer stuurden, merken zij op dat er onduidelijkheid bestaat over wat wel en niet is toegestaan op het gebied van samenwerking in de zorg en roepen zij toezichthouders op hun kaders zo veel mogelijk te expliciteren om waar mogelijk de onduidelijkheden uit de weg te ruimen. Het gebrek aan transparantie is vooral van belang omdat dit het vormen van samenwerkingsverbanden die in het belang van de cliënt zijn tegen kan gaan:

“Voorkomen moet worden dat het ontstaan van innovatieve samenwerkingsvormen wordt verhinderd vanwege onzekerheid of de samenwerkingsvorm wel wettelijk is toegestaan”.

In het bovenstaande heb ik allereerst laten zien dat de insteek van de bewindslieden (samenwerking kan goed en gewenst zijn) consistent is met economische inzichten: de markten zijn in transitie en vooralsnog onvolledig, terwijl op de zorgverleningsmarkt tevens sprake is van positieve externe effecten. Deze aspecten hebben als gevolg dat samenwerking tussen aanbieders noodzakelijk is, of kan zijn, om aan de behoeften van de cliënten te kunnen voldoen. Omdat concurrentie, mits goed vormgegeven, aanbieders dwingt aan de cliëntenwensen te voldoen, kan juist in een competitieve situatie samenwerking tussen aanbieders noodzakelijk zijn. Zorgverzekeraars en zorgkantoren houden overigens nu al rekening met deze aspecten in hun zorginkoopbeleid door samenwerking tussen zorgaanbieders te eisen of te stimuleren. In de filosofie van het huidige zorgstelsel functioneren zorgverzekeraars, gedwongen door concurrentie op de verzekeringsmarkt, als agenten van de consument/cliënt/patiënt, die pogen te voldoen aan

hun wensen. In overeenstemming met deze filosofie openbaart de markt de preferenties van de consument/cliënt/patiënt. Als de markt (uiteindelijk: de burger) samenwerking vraagt, zou het gevoerde beleid daar niet aan in de weg moeten staan.

Bijgevolg, en ten tweede, kan de insteek dus niet zijn dat samenwerking *per se* verdacht is. De alternatieve hypothese dat samenwerking als doel heeft de marktonvolkomenheden te compenseren en ten dienste staat van de patiënt/cliënt kan niet buiten beschouwing blijven. Beleid moet rekening houden met de bijzondere eigenschappen van de zorgmarkt, met marktfalen, en met externe effecten en onvolledige markten in het bijzonder.

Ten derde heb ik laten zien dat de NMa, in de Richtsnoeren, onvoldoende rekening houdt met de bijzondere eigenschappen van de zorgmarkten. De NMa ziet deze markten als normale markten waarop concurrentie goed is, en samenwerking verdacht. Vanuit het standpunt van de economische wetenschap kunnen bij deze stellingname vraagtekens geplaatst worden: er moet meer oog zijn voor de bijzonderheid van de markt. Goede mededingingsrechtelijke analyse vereist dat ook.

Ten vierde heb ik betoogd dat de methode die de NMa in de Richtsnoeren hanteert, om de grens te trekken tussen welke vormen van samenwerking in de zorg toegestaan zijn en welke niet, niet geschikt is. Het bijzondere kan niet uit het algemene worden afgeleid; op deze manier wordt juist geabstraheerd van de sectorspecifieke aspecten van de zorg. Gegeven de bijzondere eigenschappen van de zorgmarkten zullen op deze wijze bovendien te kleine veilige havens ontstaan, en resteert te grote onzekerheid bij zorgaanbieders, met als gevaar dat samenwerkingsvormen die het belang van de zorgconsument dienen inderdaad niet tot stand gebracht worden.

Ten vijfde volgt dus dat de zorg die de bewindslieden van VWS uitspreken over de gevolgen van het gebrek aan transparantie terecht is. Dit geldt tevens voor hun verzoek aan de toezichthouders om de toezichts- en handhavingskaders zoveel mogelijk te expliciteren om waar mogelijk de onduidelijkheden voor het veld weg te nemen. Meer

helderheid is gewenst. De Richtsnoeren voor de zorg zouden deze helderheid moeten brengen, maar op dit moment doen ze dat niet, en dus schieten ze tekort.

Tenslotte volgt uit het bovenstaande dat een fundamentele herziening van deze Richtsnoeren op zijn plaats is. Deze herziening zou gebaseerd moeten zijn op een neutraal perspectief (samenwerking is niet *per se* verdacht) en op economische analyse op basis van *first principles*. Concreet betekent dit een veel verder uitwerken van § 3.3.5 uit de huidige Richtsnoeren.